NOUVEAU PROCÉDÉ

N° 132.

POUR PRATIQUER

L'OPÉRATION CÉSARIENNE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1823, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR AUGUSTE BAUDELOCQUE, de Paris,
Département de la Seine.

Avec notre existence,
De la femme pour nous le dévoûment commence.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1823

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BÉCLARD.
BERTIN.
BOUGON, *Examinateur.*
BOYER.
CAYOL.
CLARION.
DENEUX.
DÉSORMEAUX, *Président.*
DUMÉRIL.
DUPUYTREN, *Examinateur.*

MESSIEURS

FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT, *Examinateur.*
LAENNEC.
MARJOLIN, *Suppléant.*
ORFILA.
PELLETAN FILS.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LELOUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.
ALARD.
ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DELENS.
GAULTIER DE CLAUBRY, *Suppléant.*
GUERSENT.
JADIOUX.
KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT, *Examinateur.*
PARENT DU CHATELET, *Examinateur.*
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES DES ACCOUCHEURS

BAUDELOCQUE,

JEAN-BAPTISTE, MON PÈRE,

Membre de l'ancienne académie de chirurgie;

ET

JEAN-LOUIS, MON ONCLE,

Membre de l'ancienne académie de chirurgie; Professeur d'accouchemens à l'école de médecine; Accoucheur en chef de la Maternité; Membre d'un grand nombre de sociétés savantes nationales et étrangères; Membre de l'ordre des Deux-Siciles, etc., etc.

Vénération.

A. BAUDELOCQUE.

AVANT-PROPOS.

Le professeur *Baudelocque* donna une telle impulsion à la science des accouchemens, qu'il reste à peine à glaner aujourd'hui dans un champ qu'il cultiva avec tant de gloire.

Dans son code cependant il laissa quelques erreurs, ou plutôt quelques lacunes, lesquelles furent presque toutes remplies par les accoucheurs qui le suivirent.

Convaincu que, malgré leurs travaux, il reste encore quelque chose à faire pour cette science sous le rapport de l'opération césarienne, je choisis celle-ci pour sujet de ma thèse, désirant préciser les cas où elle doit être faite, de fixer ceux où l'accoucheur doit pratiquer la synchondrotomie, ceux enfin où le forceps est nécessaire. J'examine ensuite les différens procédés inventés jusqu'à ce jour pour l'opération césarienne, procédés dont je compare les avantages avec les accidens; je soumets enfin le mien, après avoir toutefois considéré la position, la direction des parties intéressées pendant l'opération, et

surtout leurs rapports avec celles dont la lésion serait dangereuse.

Je préviens mes juges qu'il n'est encore que théorique, et que, pour être trouvé bon, je suis persuadé comme eux qu'il doit passer au creuset de l'expérience.

NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR PRATIQUER

L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Grandeur d'âme, courage et fermeté stoïque dans le péril, tel est le noble apanage de la femme. De tous temps elle voua sa vie au hasard de l'opération *césarienne* pour donner l'existence au tendre fruit de ses amours. La mère de Scipion l'Africain veut qu'on lui ouvre le sein pour donner naissance à un fils qui devint le conquérant de Carthage. Combien de femmes depuis elle n'imitèrent pas ce modèle de vertu. Beaucoup payèrent cher, il est vrai, le sacrifice qu'elles firent. Mais, au rapport de *Baudelocque*, plus d'une, sur trois, survécut, et il faut espérer que l'opération, devenue déjà plus simple aujourd'hui, en sauvera désormais un plus grand nombre. De nos jours enfin une femme se soumet deux fois au couteau césarien de *Bacqua*, deux fois sa vie prête à s'éteindre lui est rendue par cet accouchement ; et le professeur *Dubois*, mon vénérable maître, ne m'a-t-il pas déclaré qu'il opéra trois fois la même femme avec succès et pour elle et pour ses enfans. Quels exemples d'encouragement pour les femmes qui ne sont pas entachées d'égoïsme !

On entend généralement par *opération césarienne* deux ouvertures que l'on pratique, l'une aux parois abdominales, et l'autre à l'utérus, pour extraire de cet organe un ou plusieurs fœtus vivans,

dont la naissance est physiquement impossible par les voies naturelles.

Un grand nombre d'accoucheurs conservent encore à cette opération le nom de *césarienne*, soit qu'il lui vienne de *cæso matris utero*, soit qu'il lui ait été donné par César. Selon *Dionis*, elle se pratiquait chez les Grecs, puisqu'ils l'appelaient *embryoulkie* (1), et le nom de *césarienne* lui fut laissé, dit-il, parce qu'il est plus facile à prononcer que celui d'embryoulkie. Les Romains nommaient *cæsones* les enfans venus au monde au moyen de cette opération. *ROUSSET* l'a dite *hystéro-tomotokie* (2). M. *CAPURON*, *hystérotomie*, et M. *GARDIEN*, *hystéro-gastrotomie*. (3)

Est-on coupable ou non aujourd'hui de pratiquer l'opération césarienne? Ce n'est plus un problème, puisque, comme je viens de le dire, on compte de nombreux succès.

Les causes de l'opération césarienne sont au nombre de trois, la difformité du bassin, certaines tumeurs, soit squirrheuses, soit osseuses, rétrécissant l'entrée de ce canal; la hernie de la matrice.

On convient généralement aujourd'hui que l'opération césarienne est nécessaire toutes les fois que le diamètre sacro-pubien est de deux pouces et demi. Mais les accoucheurs ne sont point d'accord entre eux lorsqu'il s'agit d'indiquer les cas où il faut recourir à la symphysotomie. M. *Gardien* conçoit, par exemple, une telle idée de cette opération, qu'il la propose même le bassin n'ayant que deux pouces d'avant en arrière. A la lecture de son ouvrage, on croirait que toute autre opération doive être à jamais proscrite. M. *Capuron* conseille l'opération césarienne à deux pouces et demi, et la symphysiotomie toutes les fois que le bassin a plus que cette largeur; mais le lecteur

---

(1) Εμϐρυον, *embryon*, vient de ϐρυω, *pulluler;* εν, *dans;* et de ελκεω, *tirer*, *extraire.*

(2) Υσῖερα, *matrice*, τεμνειν, *couper*, τίκτειν, *enfanter*.

(3) Γαστηρ, ventre; ce mot n'est pas très-bien appliqué, car on prend ici le tout pour la partie, γαστηρ ne devant s'entendre que de l'estomac.

de l'ouvrage de M. *Capuron* jugera toujours césarien son auteur, car il verra clairement que, s'il donne avis de couper la symphyse au-dessus de deux pouces et demi, c'est pour ne pas déroger à la loi qu'il s'est faite de prendre un parti moyen, persuadé, comme il l'est, que la vérité est toujours loin des extrêmes. En effet, écoutons-le un moment : « Nous dirons que cette opération peut être utile ou avantageuse dans quelques circonstances, quoiqu'il soit très-difficile, pour ne pas dire impossible de les déterminer dans la pratique.

Si telle était la vérité, l'art des accouchemens ne serait rien à mes yeux. Les accoucheurs qui ont pratiqué jusqu'à présent la synchondrotomie et l'opération césarienne seraient toujours tombés dans l'erreur, car ils auraient agi violemment dans des cas où la nature aurait elle-même et seule terminé son ouvrage, ou ils auraient pratiqué une opération pleine de danger, quand il fallait seulement agrandir le bassin peut-être d'une ou de deux lignes.

L'auteur se retranchera, je le sais, derrière un fait qu'il cite, et me répètera qu'il a vu les hommes les plus fameux différer tous d'opinion en mesurant un bassin, et ne pas lui assigner les dimensions qu'il avait. Mais M. *Capuron* oublie donc ce précepte qu'il nous répète chaque jour dans ses cours, qu'une seule observation ne suffit pas pour établir des données générales, ou s'il persévère à nier qu'on puisse mesurer exactement un bassin, qu'il n'arme donc jamais des couteaux symphysiens et césariens.

M. *Maygrier*, à l'instar de M. *Gardien*, possède une idée très-avantageuse de la symphysiotomie, car il dit qu'elle convient depuis deux pouces jusqu'à deux pouces trois quarts, et l'opération césarienne depuis deux pouces jusqu'au dernier degré de rétrécissement.

Quant à moi, brûlant du désir de m'éclairer sur la conduite que j'aurai à tenir dans de semblables circonstances, je cherche la vérité, et la trouve, ce me semble, en méditant les observations que *Baudelocque* rassembla avec tant de soins. Conséquemment je dis que l'opération césarienne doit être pratiquée toutes les fois que le bassin a deux pouces trois quarts dans son diamètre sacro-pubien, un grand nombre

de faits prouvant que la symphysiotomie a réussi à peine une seule fois à un pareil degré de rétrécissement (1), que celle-ci doit être ad-

(1) A. Le bassin de la femme Souchot, à laquelle M. *Sigault* pratiqua la synchondrotomie, avait été évalué par cet accoucheur, ainsi que par M. *Alphonse Leroy* et *Levret*, à deux pouces et demi, et la tête du fœtus à trois pouces et demi. Ce bassin, mesuré par *Baudelocque*, avait près de trois pouces. La tête du fœtus vue au quatrième jour après sa naissance n'avait plus, dit M. *Leroy*, que trois pouces quatre lignes. La mère et l'enfant ont survécu.

B. Le bassin de la femme Vespres avait été estimé avant l'opération à deux pouces et demi environ; mais l'ouverture du cadavre fit voir qu'il n'était que de vingt-deux à vingt-trois lignes. Quoique l'écartement obtenu n'ait été que d'un pouce et demi, cependant les symphyses étaient altérées, un foyer purulent existait dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche; aussi la mère et l'enfant furent-ils victimes de cette opération.

C. Le bassin de Julie Collet n'avait, d'après M. *Leroy*, que deux pouces cinq lignes, et la tête du fœtus quatre pouces moins une ligne. L'écartement avait, continue-t-il, été porté jusqu'à trois pouces sans accident, puisque la femme se présenta à l'école de médecine le vingt-huitième jour après l'opération.

Baudelocque mesure le bassin de cette femme six ans après l'opération, et trouve qu'il avait près de trois pouces depuis l'un des côtés de la saillie sacro-vertébrale à la symphyse pubienne.

La tête de l'enfant, le lendemain de l'accouchement, n'avait plus, remarque M. *Leroy*, que trois pouces huit lignes; par conséquent cette tête avait diminué de volume comme celle de l'enfant de la femme Souchot.

Quant à l'écartement, il ne fut pas estimé par l'opérateur; ainsi ce qu'on en dit ne mérite pas plus de confiance que ce qui est rapporté ci-dessus

D. Le bassin de la femme Dubelloy avait, dit M. *Leroy*, dix-huit à dix-neuf lignes. M. *Goubelly*, quelque jours après l'opération, jugea même que le petit diamètre n'avait qu'un pouce trois quarts. Le diamètre transversal de la tête était apprécié à trois pouces huit lignes. L'écartement pubien fut de trois pouces sans le moindre accident. La mère et l'enfant ont vécu. Mais M. *Chaptal*, qui vit cette femme cinq jours après l'opération, douta qu'elle eût été faite. Quelques années après, cette femme alla consulter *Baudelocque* pour une descente de matrice. Alors cet accoucheur, ainsi que mon père, mesurèrent son bassin,

mise depuis trois pouces moins un quart jusqu'à trois pouces; que, de trois pouces moins un quart à trois pouces et un quart, elle doit être faite, et le forceps appliqué ; enfin que de trois pouces un quart jusqu'à trois pouces et demi, largeur à laquelle commence la bonne conformation, ce dernier instrument est exigé.

---

et trouvèrent qu'il avait trois pouces moins un quart, en l'évaluant au plus bas.

E. Le bassin de la femme Huguet, mesuré par M. *Leroy*, avait deux pouces et un quart, la tête du fœtus trois pouces neuf lignes, l'écartement pubien, obtenu sans le moindre accident, deux pouces et demi.

La femme Huguet alla dans le courant de l'année consulter *Baudelocque* pour une descente de matrice. Il mesura son bassin, et trouva que le diamètre sacro-pubien était de trois pouces et un quart. Il ne put connaître le volume de l'enfant, qui était mort, et dont on ne put lui présenter le cadavre.

Le tableau des accidens causés par l'écartement n'est pas le même non plus, d'après cet accoucheur, que celui présenté par M. *Leroy*.

F. Le bassin d'une autre femme inconnue, demeurant chez madame *Morlai*, sage-femme, n'avait que deux pouces, au dire de dix personnes, au nombre desquelles étaient MM. *Leroy* et *Philipp.* Mesuré par *Baudelocque* au moyen du compas d'épaisseur, il avait sept pouces moins un quart extérieurement du haut du sacrum au milieu du mont de Vénus; et le pelvimet, développé intérieurement et dans la même direction, donna trois pouces deux lignes sans la moindre difficulté. Il n'est pas fait mention ici du volume de la tête du fœtus.

J'ai prouvé, je crois, en rassemblant ces six observations, que la synchondrotomie n'a jamais pu réussir au-dessous de trois pouces moins un quart. J'aurais pu réunir un plus grand nombre de faits, mais ils eussent augmenté le volume de ma dissertation sans lui ajouter plus d'utilité.

Je dirai seulement, pour fortifier encore mon opinion, que *Sigault*, dans les dernières années de sa vie, effrayé des dangers de cette opération, refusait à la tenter toutes les fois que le bassin ne lui offrait pas au moins deux pouces et demi de petit diamètre dans son entrée, et que *Baudelocque* termine ainsi l'article 2139 de sa quatrième édition : « Nous ne craignons pas de rejeter cette opération dans tous les cas où la conformation du bassin est telle que le détroit abdominal n'a pas deux pouces et demi à trois pouces de petit diamètre ; encore sommes-nous dans l'opinion qu'elle serait excessivement fâcheuse à ce terme, s'il fallait un grand écartement pour le libre passage du fœtus. »

Avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de rappeler que, pour prendre un parti dans un cas de mauvaise conformation du bassin, il est non-seulement essentiel à l'accoucheur de connaître à quel degré cette mauvaise conformation existe, mais encore quelle est l'étendue du diamètre transversal de la tête, de quelle réduction elle est susceptible; il faut qu'il sache si elle s'engage ou non par la bosse pariétale gauche (la tête supposée en première position). Ce qui m'étonne, c'est que les auteurs se soient évertués à imaginer des compas d'épaisseur, des pelvimètres, et n'aient pas pensé à inventer un instrument avec lequel ils pussent apprécier les dimensions de la tête contenue dans la matrice, parallèle intéressant cependant à établir, puisque c'est de la disproportion du casque osseux avec la filière qu'il doit traverser que résulte la difficulté, et quelquefois l'impossibilité de l'accouchement. Pour remplir ce vide que j'aperçois, je propose un instrument dont le nom *céphalomètre* indique assez le but: il sera décrit à la fin de cette thèse.

Je reviens à mon sujet. Je ferai donc l'opération césarienne toutes les fois que le bassin n'aura pas plus de deux pouces trois quarts, et depuis ce terme jusqu'à trois pouces la symphysiotomie, qui ne peut agrandir le bassin que de deux à trois lignes sans accidens, et je suis d'accord en cela avec la plupart des accoucheurs. Mais, persuadé que j'exposerais la femme à un déluge de maux si je voulais donner un plus grand écartement au diamètre sacro-pubien, je propose le forceps pour gagner un quart de pouce; je tiens, comme l'on voit, le milieu entre *Baudelocque* et M. *Dubois*, dont l'un avance que la tête est réductible sans accidens de quatre lignes (1), et l'autre de deux lignes seulement. Au-delà, dit ce dernier, on tue l'enfant. Quant au dernier quart de pouce, je l'obtiens en engageant la bosse pariétale gauche la première, et en la tournant, autant que possible, vers

(1) Expériences faites avec trois forceps de la meilleure trempe, appliqués successivement sur neuf têtes d'enfans morts à terme ou près de l'époque de leur naissance. (*Baudelocque*, Art des accouchemens, t. 2, art. 1627 et suivans.)

la symphyse sacro-iliaque gauche. Depuis trois pouces un quart de rétrécissement jusqu'à trois pouces et demi, j'applique le forceps.

Ainsi donc, supposé que je sois appelé à terminer un accouchement, le bassin n'ayant de diamètre sacro-pubien que trois pouces, et la tête trois pouces et demi, je ferais tous mes efforts pour placer obliquement les bosses pariétales et engager l'une ou l'autre la première, selon la position de la tête. Pour cela, je pense que l'on pourrait se servir avec avantage du levier des Français. Si je ne pouvais parvenir à ce but, j'appliquerais préalablement le forceps, et je replacerais ensuite la tête diagonalement.

Je n'ignore pas qu'un accoucheur aussi savant que modeste, M. *Murat*, propose à deux pouces et demi, deux pouces quatre lignes, la symphysiotomie, en appuyant cette doctrine de plusieurs faits. Mais quels sont-ils? Je vais les passer en revue.

M. *Murat* cite d'abord pour exemple l'opération faite par *Sigault* et *Alphonse Leroy* à la femme Souchot, dont le bassin avait été estimé à deux pouces et demi. (*Voy.* ce qu'il est dit de cette opération, à la p. 10.)

M. *Murat* parle ensuite de la même opération faite à deux femmes, par M. *Dubois*, à la Maternité; et, en dernier lieu, de celle qui a été pratiquée à Marie-Françoise Lausanne, dont le bassin avait deux pouces quatre lignes.

Cet auteur n'énonce pas l'étendue des bassins des deux femmes opérées par M. *Dubois*, dont l'une est morte; il ne nous apprend pas quel était le volume de la tête des enfans; il oublie de nous dire s'ils ont vécu.

Mais comme l'opération faite à la femme Lausanne sert de base à la doctrine de M. *Murat*, qu'il veuille bien souffrir que je l'analyse, afin d'en tirer des corollaires.

Avant de se confier à M. *Gardien*, cette femme raconta à cet accoucheur qu'elle était déjà accouchée deux fois; que la première fois on fut obligé de perforer la tête de son enfant, parce qu'il était mort; qu'à son second accouchement, M. *Dubois* lui pratiqua, devant

Baudelocque, la symphysiotomie, et qu'il ne put extraire le fœtus qu'après de grands efforts, que ce dernier ne donna aucun signe d'existence.

M. *Gardien* consent avec plaisir à accoucher la femme Lausanne, appelle M. *Dubois* en consultation. Cet illustre élève de *Baudelocque*, le 24 octobre 1809, à neuf heures du soir, sépare les pubis : leur écartement spontané est évalué à un pouce et demi (ce qui augmente de trois lignes le diamètre sacro-pubien, qui avait, comme on sait, deux pouces quatre lignes, par conséquent il a maintenant deux pouces sept lignes), il faut qu'il livre passage à une tête d'un volume inconnu. Comment un homme distingué comme l'est M. *Gardien* met-il au jour une observation rédigée avec aussi peu de soins et aussi incomplète? Il amène le fœtus par les pieds, commet en conséquence une grande faute ; car il est évident que, puisqu'il dit avoir retourné le fœtus, il avait également la liberté de replacer la tête plus favorablement au détroit supérieur. D'où vient donc qu'il oublie les dangers auxquels est exposé le fœtus pendant la version, dangers qu'il indique lui-même dans son traité? Mais ce n'est pas tout : lorsque la tête est au détroit supérieur, application du forceps exécutée sans de grandes difficultés, rapprochement des branches dans l'intention, de la part de M. *Gardien*, d'opérer une réduction sur la tête ; pourquoi donc ne pas avoir eu la même intention avant d'avoir retourné le fœtus? Est-il étonnant que celui-ci soit venu au monde presque inanimé. ?

Dans cette opération, je vois en résumé que M. *Gardien* a gagné trois lignes par la section du pubis, trois lignes en comprimant la tête avec le forceps; de là je conclus que la tête du fœtus n'avait pas plus de deux pouces dix lignes dans son diamètre bipariétal.

Certes, et soit dit sans offenser M. *Murat*, qui a déclaré d'ailleurs que cette opération, la symphysiotomie, nécessitait de nouvelles expériences, je ne puis changer mon opinion d'après un fait semblable.

Voilà quelles sont mes idées en général sur les trois opérations majeures des accouchemens, idées que j'ai presque toutes empruntées

à mon célèbre parent, qu'un auteur a dit être partisan déclaré de l'opération césarienne. Pour avancer un tel paradoxe, il faudrait qu'il prouvât que *Baudelocque* pratiquait l'opération césarienne dans des cas qui ne l'exigeaient pas. Or, la probité de ce grand homme était aussi connue que son talent; je ne penserai donc pas que l'auteur ait voulu lui enlever cette précieuse qualité. Je suis d'autant plus étonné de ce reproche, que cet auteur lui-même, dans son quatrième volume de chirurgie, s'exprime ainsi : « Au moment où la section « s'achève, la seule élasticité des parties constituantes du bassin « éloigne les deux os d'environ un pouce; on peut porter les cuisses « en dehors, et produire un écartement plus considérable; mais on « risque alors de déchirer les ligamens de la symphyse sacro-iliaque, « dont la rupture entraîne à sa suite des accidens mortels. Cet acci- « dent est d'autant plus à craindre que la partie antérieure de la « symphyse sacro-iliaque, n'étant à proprement parler couverte par « aucun ligament, s'ouvre et se disjoint avec la plus grande facilité : « l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire, la carie des « os, sont la suite toujours mortelle de cette violence. On ne peut « donc obtenir sans danger un écartement de plus d'un pouce: or, « quel avantage retire t-on de ce degré d'écartement ? »

Sans aller plus loin, il est de toute évidence que cet auteur avoue lui-même, d'après ses propres paroles, être aussi partisan déclaré de l'opération césarienne.

Examen des différens procédés inventés pour l'opératiou césarienne.

Trois procédés principaux ont été imaginés pour pratiquer l'opération césarienne. Le premier est dit de *Lauverjat ;* le deuxième est celui de *Levret;* l'invention du troisième, ou l'incision à la ligne blanche, est due à *Platner*, qui s'exprime ainsi (Instituts de chirurgie, §. 1440): *Incidantur juxta lineam albam, plagâ majori, quæ ab umbilico ad ossa pubis ferè descendit, tùm abdominis musculi, tùm peritonæum, ubi tamen vitandum, ne violetur arteria epigastrica.* Guénin,

chirurgien de Crépy en Valois, la mit le premier en usage deux fois avec succès. Il est appelé aussi *procédé de Solayres*; et comme ce jeune et savant accoucheur ne vécut pas assez long-temps pour trouver l'occasion de le mettre en pratique, il porte encore le nom de *Baudelocque*, parce que ce dernier s'en servit un assez grand nombre de fois. *Sic vos non vobis*. . . . . .

On fait cette opération sur la femme vivante et sur la femme morte. Dans ces deux cas, il faut opérer avec la même prudence, et dans le dernier surtout, si la femme ne présentait pas tous les signes de la mort, se rappeler sans cesse l'observation de M. *Rigaudeaux*, chirurgien de Douai, préférer l'accouchement par les voies naturelles, s'il pouvait avoir lieu, faire l'extraction du fœtus avec la main, ou appliquer le forceps; mais ne faire d'incision à la ligne blanche et à l'utérus qu'autant que les parties ne seraient point assez bien dilatées pour agir comme il a été dit ci-dessus. Avant de soumettre la femme vivante à l'opération césarienne, il faut l'y préparer par des remédes généraux, tels que la saignée et les bains. On la fait placer aussi sur l'eau chaude, lorsque les parties de la génération ont été froissées et irritées par des manœuvres fréquentes et téméraires; mais les bains et la saignée doivent avoir la préférence sur ce dernier moyen.

Cette opération a, comme beaucoup d'autres opérations chirurgicales, un temps de nécessité et un temps d'élection. L'instant de la mort, n'importe à quel terme de la gestation, et le moment du passage du fœtus dans l'abdomen, constituent le temps de nécessité. Quant au temps d'élection, les uns prétendent qu'on ne doit opérer qu'après l'écoulement des eaux; les autres, au contraire, veulent qu'on le fasse auparavant, lorsque le travail est déclaré, et l'orifice assez dilaté pour livrer passage aux lochies.

Avant d'exécuter l'opération, on s'est muni de deux bistouris : l'un droit, à lame étroite et boutonnée à son extrémité; l'autre courbe, tranchant sur sa convexité; d'aiguilles courbes, et de fil ciré pour la gastro-raphie, si on la juge convenable; de compresses fines, d'un

bandage de corps, de quelques liqueurs spiritueuses, telles que de l'eau vulnéraire, de l'eau-de-vie ou de l'esprit-de-vin.

La femme est placée sur un lit étroit et assez élevé pour que l'opérateur et les aides puissent agir librement. Il serait bien que ce fût sur celui où elle doit passer les premiers temps de ses couches, afin qu'on ne fût pas obligé de la transporter aussitôt après l'opération; dans ce cas on le garnirait d'alèses, qu'on retirerait pour que la femme se trouvât à sec. Elle doit être couchée sur le dos, les jambes et les cuisses allongées pendant l'incision extérieure; à demi-fléchies, au contraire, aussitôt qu'elle sera faite, afin d'extraire le fœtus avec plus de facilité. Un traversin est placé sous les lombes pour faire bomber le ventre. La femme, avant d'être opérée, doit avoir passé une chemises de couches.

Opérera-t-on suivant le procédé de *Lauverjat*, celui de *Levret*, suivra-t-on *Platner?*

Chacun de ces procédés présente, je crois, la même somme d'accidens. Dans les deux premiers, on coupe trois plans de fibres en travers ou obliquement, par conséquent leur rétraction empêche la cicatrisation de la plaie. On peut intéresser l'une des branches de l'artère épigastrique qui serpentent, vers la fin de la gestation, sur le côté externe du muscle droit, alors écarté de la ligne blanche. Une hémorrhagie, souvent difficile à arrêter peut suivre cette ouverture. Les intestins se présentent quelquefois de suite à l'ouverture extérieure, lorsque celle-ci n'est pas bien parallèle à la matrice. Les fibres de cet organe sont également coupées en travers ou obliquement, de sorte que par suite leur rétraction favorise l'écoulement des lochies par cette voie. Cette incision oblique peut en outre, disent les auteurs, intéresser quelques gros vaisseaux utérins, reproche qu'on doit faire plutôt à la section proposée par *Platner*. Ces deux procédés conviennent cependant lorsque l'utérus est très-oblique.

Celui de *Platner* ne peut convenir que quand l'utérus est parallèle à l'axe du détroit supérieur ou oblique en devant, et non dans le cas où il serait oblique de l'un ou de l'autre côté, parce que l'inci-

sion extérieure tomberait sur les vaisseaux utérins, à cause de la torsion qu'éprouve le col; le procédé de *Platner* ne donne-t-il pas lieu aussi à de plus grandes éventrations que l'incision latérale. C'est un point qui n'a pas encore fixé l'attention des praticiens.

Mais, lorsque la matrice est parallèle à la ligne blanche, il convient, parce qu'alors on n'a plus qu'à séparer les faisceaux des fibres longitudinales de cet organe; l'écoulement des lochies se fait plus facilement.

Tout bien considéré, comme l'observe fort judicieusement *Baudelocque*, « en quelque lieu qu'on ouvre le bas-ventre, quelleque soit la direction qu'on donne à l'incision, et de quelque manière qu'on y procède, on ne diminuera jamais de beaucoup le danger de cette opération. »

Ce même accoucheur, dans le procédé de *Platner*, veut qu'on prolonge l'incision depuis deux ou trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic jusqu'à deux pouces au-dessus du pubis, et qu'on ouvre la matrice vers son fond, afin que la plaie faite à cet organe soit plus tard en rapport avec la plaie extérieure, et favorise ainsi l'écoulement des lochies au-dehors par les voies naturelles, et non dans le bas-ventre, comme dans le cas où l'on ouvre la matrice par sa partie inférieure.

La vessie, vidée au moyen de la sonde, si la femme ne peut uriner, et les gros intestins détergés par des lavemens, on incise avec le bistouri convexe les tégumens et les graisses jusqu'à ce qu'on aperçoive les aponévroses qui forment la ligne blanche, si l'on préfère ce procédé. On la divise avec précaution pour découvrir le péritoine, et y faire une petite ouverture. Cette incision s'étend depuis deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic jusqu'à deux pouces au-dessus du pubis. On introduit l'index de la main gauche dans le ventre pour en soulever les enveloppes, et écarter le péritoine de l'instrument. Avec le bistouri boutonné on étend l'incision en coupant de dedans en dehors; on ouvre le péritoine de haut en bas, ou réciproquement, peu importe.

Un aide, pendant l'incision extérieure, a fixé la matrice au milieu, en pressant des deux mains sur les côtés du ventre, et un autre fait une pression semblable au-dessus de l'ombilic, afin que les intestins ne viennent pas se présenter à la plaie.

On ouvre la matrice au milieu de sa partie antérieure, en se servant du bistouri convexe; et lorsqu'on arrive aux membranes, les auteurs veulent qu'on les perce, qu'aussitôt après on introduise l'index de la main gauche, et que, saisissant le bistouri de la main droite, on incise de bas en haut, avec beaucoup de précaution, pour ne pas blesser le fœtus. Moi, je pense qu'il vaudrait mieux inciser la matrice couche par couche, comme l'a fait quelquefois *Baudelocque* sur le cadavre, et sur la femme vivante même, dans un cas où le placenta se présentait en plein sur le trajet de l'instrument; et qu'il serait bon alors, au lieu d'inciser les membranes, de les percer préalablement par le vagin; on éviterait ainsi l'écoulement des eaux dans le ventre. L'étendue de l'ouverture utérine doit être de cinq à six pouces.

Si le placenta se présentait à l'instrument, il faudrait se comporter comme lorsqu'il est attaché sur le col de l'utérus, décoller un de ses côtés, pour aller percer les membranes, et prendre les pieds du fœtus.

La matrice, se resserrant sur elle-même, chasse le placenta à travers la plaie, à laquelle on fait présenter l'un des points de la circonférence de ce corps spongieux, afin que sa sortie soit plus facile.

Si la plaie de la matrice fournissait beaucoup de sang, on pourrait arrêter son écoulement avec de l'eau, du vinaigre, ou un citron, si l'on en trouvait un sous la main.

On a soin qu'il ne s'amasse pas de caillots dans la cavité utérine. On a proposé, dans l'intention de la laver, des injections faites avec de l'eau d'orge. Ces injections doivent être faites par la plaie. Celle-ci exige peu de soins; elle se resserre en peu de minutes; il faut seulement en nettoyer les bords.

Quant à la plaie des tégumens, des auteurs ont proposé la suture pour en maintenir les bords en contact. *Baudelocque* en prescrit deux

ou trois points, dans la vue d'en réunir les deux tiers supérieurs, et laisser libre une étendue de deux pouces au plus inférieurement; il recommande de faire des nœuds en rosette, pour les relâcher en cas de besoin.

L'opération faite, on met sur les côtés de la plaie des compresses longuettes, et par-dessus une autre compresse carrée, trempée dans du blanc-d'œuf battu avec de l'eau animée d'un peu d'eau-de-vie, d'esprit de vin, ou de vulnéraire. Deux petits coussins doivent être placés au-dessus des hanches pour affermir le bandage, et pousser en devant les fluides qui pourraient s'épancher dans le ventre. Le tout est soutenu par un bandage de corps.

Cet appareil doit être levé matin et soir, jusqu'à ce que les lochies aient pris leur cours par les voies naturelles; alors on pansera plus rarement.

Les règles de l'hygiène sont de la plus grande rigueur pour conduire la femme à une prompte guérison. Elle doit surtout nourrir.

Elle aura la précaution, après la consolidation de la plaie, de porter une ceinture élastique, qui suppléera à l'énergie des muscles abdominaux relâchés et séparés quelquefois au point de donner lieu à des éventrations.

Anatomie chirurgicale de la matrice et de ses dépendances au terme de la gestation.

La matrice, s'étant abaissée pendant le neuvième mois, se trouve au terme de la gestation un peu au-dessus de la région ombilicale. Elle a dix à douze pouces de longueur sur sept à huit pouces d'épaisseur en tous sens. Tantôt elle est parallèle à l'axe du détroit supérieur, tantôt, au contraire, elle est plus ou moins inclinée par rapport à cet axe. Est-elle dans l'hypochondre droit, les intestins grêles se trouvent dans l'hypochondre gauche, ou réciproquement. Les trompes et les ovaires se trouvent appliqués à l'utérus: ils sont plus épais, les trompes surtout ont beaucoup augmenté de volume. Les vaisseaux artériels

utérins, plus droits et plus gros, lui sont fournis par l'iliaque interne : ses veines portent le même nom. Ses vaisseaux lymphatiques égalent quelquefois la grosseur d'une plume à écrire.

Le vagin, canal cylindroïde de cinq pouces environ de hauteur, large d'un pouce, acquiert pendant la gestation, à cause de ses fibres longitudinales, une extension telle, qu'il se prête avec facilité aux inclinaisons diverses et plus ou moins grandes de l'utérus. Il forme, dans cette circonstance, un coude qui peut dépasser même de plusieurs travers de doigts le détroit supérieur de l'un ou de l'autre côté, selon l'obliquité utérine. Le vagin, par ses fibres transversales, peut s'élargir, comme on le sait, au point d'occuper toute la capacité de l'excavation. Inséré en haut au col utérin, il présente vers le quart supérieur de ses parties latérales les deux artères vaginales assez volumineuses, fournissant le plus souvent les vésicales, d'autres fois, au contraire, fournies par ces dernières. Dans le milieu de ces mêmes parties latérales se remarquent les uretères, et en haut, et un peu en devant, le ligament suspubien. En dehors, sur le rebord du détroit supérieur, le vagin est circonscrit par l'artère iliaque, donnant l'iliaque externe et l'interne. Ces trois parties forment un triangle, dont l'angle supérieur s'agrandit à mesure que le vagin franchit l'enceinte pelvienne.

Devant lui s'élève la vessie, réservoir qui, lorsqu'il est plein, s'étend un peu sur ses côtés; derrière et à gauche se trouve le rectum. Il est intéressant de dire qu'il y a trois pouces ou trois pouces et demi du côté gauche de la vessie tendue par l'urine au rectum contenant quelques matières fécales, mais qu'à droite, un intervalle de plus de cinq à six pouces les sépare.

Le péritoine revêt tous les organes dont je parle. Après avoir tapissé la face postérieure des muscles abdominaux, il recouvre la face supérieure de la vessie, les faces antérieures et postérieures de l'utérus, recouvre ensuite le rectum, et forme là un repli nomme *méso-rectum*, puis s'étend sur les fosses iliaques, et ne tient aux muscles du même nom que par un tissu cellulaire assez lâche.

Méditant depuis long-temps la deuxième observation d'obliquité

utérine antérieure très-prononcée rapportée par *Baudelocque*, article 298 de son Code des accoucheurs, et réfléchissant sur la disposition de l'utérus et du vagin dans cette sorte de cas, et sur celle que ces organes affectent dans les obliquités latérales, je pensai à faire l'application de mes réflexions à l'opération jusqu'à présent nommée *césarienne*, et que j'appelle *gastro-élytrotomie* (1).

Je vais maintenant décrire mon nouveau procédé.

Il sera très-facile à exécuter, toutes les fois que les deux conditions suivantes seront réunies : 1.° que la matrice soit fort oblique latéralement; 2.° que le bassin ait moins deux pouces et demi; en d'autres termes, plus l'obliquité sera considérable, plus le bassin sera rétréci, à moins cependant que le diamètre sacro-pubien ne puisse laisser passer quelques doigts, et plus l'opération se fera avec promptitude, parce que, d'un côté, l'axe de la matrice se trouvera plus tard situé parallèlement à l'axe de l'incision extérieure, et de l'autre, le vagin formant un coude plus saillant, se trouvera plus près de cette même ouverture.

Cela posé, j'entre en matière, et j'expose d'abord ce que je ferais dans un cas qui nécessiterait la gastro-élytrotomie, l'obliquité latérale droite existant.

Pour pratiquer cette opération, il faut un bistouri tranchant sur sa convexité, un bistouri droit et mince, une paire de ciseaux mousses, une algalie de femme, du fil ciré, une ou deux ligatures formées en ruban, une éponge fine, de l'eau tiède, des aiguilles courbes, des liqueurs spiritueuses, telles que l'eau-de-vie, de l'eau vulnéraire, du vinaigre; on a aussi des compresses fines, un bandage de corps.

Je commence par saigner la femme avant de l'opérer. La situation de la femme est la même que pour les procédés ordinaires. Elle est placée sur un plan horizontal pendant qu'on pratique sur le côté gauche de l'abdomen l'incision extérieure, laquelle s'étend tout le

---

(1) Ελυτρον, *étui*, *gaîne*, correspond au mot latin *vagina*.

long du bord externe du muscle droit, depuis l'ombilic jusqu'à un pouce seulement au-dessus du pubis. Que mes juges veuillent bien se rappeler que, sur soixante-treize opérations césariennes, de trente-cinq faites par la méthode que je suis (de *Levret*), dix-huit ont été couronnées de succès; de trente pratiquées à la ligne blanche, dix ont réussi, et trois seulement sur huit par la méthode de *Lauverjat*. (Ce n'est pas l'unique observation pratique dont je vais retirer avantage dans l'exposition de ma méthode.)

Je pratique cette incision de manière à ne point intéresser le péritoine; je perce ensuite les membranes par le vagin, afin de donner écoulement aux eaux par cette partie; je fais fléchir à demi les jambes et les cuisses; je passe un doigt indicateur dans l'angle inférieur de la plaie pour décoller le péritoine, mais avec prudence, dans toute l'étendue de la fosse iliaque, sur l'artère du même nom; et lorsque cette membrane est entièrement détachée, un aide placé au côté droit de la femme soulève et le péritoine et la masse intestinale, pendant qu'un autre aide, situé à côté de lui, d'une main appliquée sur le ventre maintient la matrice dans la position où elle est. Ma main droite, introduite dans la cavité abdominale, explore l'artère iliaque, puis s'assure s'il n'y a pas quelques artères qui environnent le vagin. En existe-t-il, j'en fais la ligature à leurs deux extrémités avant de les couper; j'ai soin de reconnaître le ligament sus-pubien pour l'éviter plus tard.

La vessie, vidée au moyen de la sonde, et le rectum par des lavemens, j'insuffle avec la sonde, que je donne ensuite à tenir à un aide, le premier de ces organes, afin qu'il forme une tumeur, et que je ne l'intéresse pas. Enduisant alors d'un corps gras quelconque ma main gauche, je l'introduis parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Parvenu à l'extrémité supérieur du vagin, j'écarte les doigts index et annulaire l'un de l'autre. Avec le premier je touche la vessie; l'autre est appuyé sur le rectum, dans lequel conduit je passe le doigt index de la droite pour explorer l'annulaire.

M'étant bien assuré de la position de toutes ces partie, je saisis et

couvre de trois doigts de la main droite le bistouri à lame étroite, et le plonge par l'ouverture extérieure dans le vagin, le plus au-dessous possible de l'insertion de ce canal au col utérin, commençant cette incision à mon indicateur, et la dirigeant tranversalement jusqu'à l'annulaire. Celle-ci faite, je retire l'instrument avec la même précaution que je l'introduisis. Je passe une seconde fois l'index de la droite dans le rectum, afin de sentir encore l'annulaire. Je prends de cette même main les ciseaux mousses, et vais agrandir l'angle postérieur de l'incision vaginale, de manière qu'elle ait au moins quatre pouces. Si l'on réfléchit, on verra que, dans le cas où la matrice ne serait pas très-oblique, elle le deviendrait après l'incision du vagin ; aussi l'aide qui la maintient en place aura-t-il le soin de ne pas l'abandonner à sa pesanteur, mais de la soutenir, et de la laisser coucher doucement dans la fosse iliaque droite.

Est-il facile alors de mettre l'ouverture du col utérin en parallèle avec l'incision extérieure? Oui, sans doute. J'ai mis deux fois ce procédé en pratique sur un cadavre de femme morte à cinq mois de grossesse, cadavre que M. *Fouquier* eut la bonté de me donner. Ce professeur désirait même que j'opérasse devant lui à ma manière ; ce que je refusai, craignant que mon procédé, fruit de mes réflexions pendant quelques jours, exécuté alors aussitôt que conçu, ne brillât pas de tous ses avantages aux yeux d'un médecin aussi célèbre. Je voulus donc revoir l'anatomie des parties, et opérer seul. J'avance et soutiens actuellement qu'aucune opération n'est plus facile à pratiquer que la gastro-élytrotomie, toutes les fois que les deux conditions ci-dessus sont réunies.

Mais comment terminer l'accouchement? L'abandonnera-t-on à la nature? J'en avais d'abord eu l'idée ; mais, réfléchissant que le travail nécessaire pour l'expulsion du fœtus traînerait en longueur à cause de la lenteur même de l'opération, et de l'abattement dans lequel tomberait la femme à cause de la plaie faite aux tégumens du bas-ventre, je conseille de terminer l'accouchement en appliquant le

forceps. Mais pour cela il faudrait se servir d'un forceps qu'on ferait exécuter moitié moins large que celui que l'on emploie ordinairement. J'indique cette précaution, afin de ne point déchirer les angles des deux plaies.

Mais l'accouchement secondaire, la délivrance, n'est pas moins intéressant à connaître que le premier. Je rétablis la matrice parallèlement à l'axe du détroit supérieur, et lorsque le placenta est détaché, j'en aide l'expulsion par le vagin, en le tirant légèrement au moyen du cordon, n'oubliant point, comme dans l'accouchement naturel, de passer la main gauche sous le périnée pour le soutenir, et de faire présenter un point seulement de la circonférence de ce corps spongieux à la vulve, quand il est trop volumineux.

Dans l'obliquité latérale gauche, je pratique l'incision extérieure du côté droit du bas-ventre ; et le reste de l'opération est plus facile, à cause de la section vaginale, à laquelle je puis donner une étendue plus considérable.

On peut opérer sur le côté droit ou gauche dans l'obliquité antérieure.

Comme on voit, pour rendre le procédé plus facile à être exécuté, il faut favoriser tout ce qui peut contribuer à l'obliquité pendant la gestation, faire coucher la femme sur le côté où l'utérus a de la tendance à se porter. Mais est-elle antérieure, faire tenir la femme couchée, lui faire porter une ceinture élastique qui incline la matrice à droite ou à gauche; et, dans le premier cas, nourrir la femme d'alimens qui fourniraient beaucoup de matières fécales.

Il est inutile de dire que le procédé que je décris ne conviendrait pas si une exostose fermait le détroit supérieur, ou si une tumeur squirrheuse du col occupait toute la capacité du vagin. Il en serait de même aussi dans un cas de hernie de matrice.

Pour que mes juges ne me taxent pas de prévention pour la méthode que je leur propose, je vais en recenser les avantages et les

inconvéniens, et terminer par leur comparaison avec les avantages et les inconvéniens des autres procédés.

Soulever le péritoine au lieu de l'inciser deux fois, donner écoulement aux eaux par le vagin, couper transversalement ce canal dans le tiers supérieur de sa largeur, au lieu de faire une longue incision à la matrice, éviter par conséquent la suppression des lochies, accident qui marche avec l'inflammation de cet organe; laisser à la nature le soin de la délivrance, empêcher qu'aucune goutte du liquide séreux ou sanguin ne soit épanchée dans la cavité péritonéale : tels sont les avantages que saura apprécier tout chirurgien, je ne dis pas ami de la nouveauté, mais doué de quelques sentimens humains.

Qu'on ne se dissimule pas cependant que le décollement du péritoine ne puisse donner lieu à l'inflammation de cette membrane ou du tissu cellulaire du petit bassin; mais on ne m'opposera pas la difficulté de la réunion de la plaie vaginale, car la pente naturelle de ce canal favorise l'écoulement de tout liquide. On insistera peut-être sur la manière de terminer l'accouchement, et l'on m'observera surtout avec rigueur que le péritoine ne se détache pas sur le vivant comme sur le cadavre. Mais je répondrai que, pour contre-balancer l'irritation produite par l'opération, il est de toute nécessité que la femme nourrisse; et que, si quelque inflammation abdominale se déclarait, il faudrait mettre en pratique la méthode antiphlogistique la plus sévère.

La cicatrisation du vagin se fait d'elle-même. On peut maintenir en contact les bords de la plaie extérieure au moyen de deux ou trois points de suture, auxquels on a le soin de faire des rosettes, afin de les relâcher, si le cas l'exigeait. Cette plaie doit être couverte d'une ou deux compresses. Je voudrais qu'auparavant on la recouvrît d'une éponge fine, que l'on changerait de temps à autre. La femme ne sera pas couchée à plat dans son lit ; mais sa tête, ses épaules, son bas-

sin, seront inclinés de haut en bas pour favoriser l'écoulement des lochies par les voies naturelles. Elle doit être aussi penchée du côté opposé à celui où l'accoucheur a pratiqué l'opération, afin que les matières coulent de ce côté dans le vagin.

Faut-il comparer cette méthode à deux incisions faites au péritoine, à la section de l'utérus, section qui non-seulement produit de la douleur, mais quelquefois une hémorrhagie, la métrite, la suppression des lochies, et, sans compter ces accidens, presque toujours mortels, l'écoulement des eaux de l'amnios ou des lochies dans le ventre, pour peu que les parois abdominales ne soient pas bien en rapport avec l'incision utérine.

Le seul avantage des trois procédés que j'ai décrits d'abord est d'extraire le fœtus avec plus de promptitude que dans ma méthode ; mais cette promptitude est-elle un avantage? Je laisse à discuter ce point de doctrine aux vrais praticiens.

En résumé, j'ai, dans cette thèse, dit quelques mots de l'origine de l'opération césarienne, j'ai parlé de sa synonymie, de ses causes ; je me suis appliqué à bien distinguer les cas où il faut pratiquer l'opération césarienne, la synchondrotomie, l'application du forceps. Quant à la première, j'ai examiné les procédés inventés jusqu'à nos jours pour la faire; et comme je les ai tous trouvés remplis de danger, j'ai dû chercher une méthode qui pût les éviter. Celle que je viens d'exposer à peu d'inconvéniens, selon moi. Je m'estimerai heureux d'en être l'inventeur, si les savans auxquels je la soumets lui accordent la préférence sur les autres.

Le céphalomètre, que l'on pourrait faire exécuter, est composé de deux branches telles que celles du forceps, à l'exception qu'elles sont beaucoup moins longues. L'articulation des deux branches a lieu à la manière de *Smellie*. L'une d'elles, dans son extrémité postérieure, est armée d'une lame d'acier graduée d'espaces linéaires. Cette lame est reçue dans une mortaise pratiquée à l'autre branche.

J'avais pensé à faire exécuter cet instrument, ainsi qu'un autre, lequel aurait eu pour but de mesurer la circonférence de la tête; mais tous deux seraient difficiles à mettre en pratique. J'aime à croire que des chirurgiens plus instruits que moi en mécanique imagineront un instrument avec lequel on pourra facilement apprécier le diamètre bipariétal de la tête du fœtus, ainsi que le degré de compressibilité dont cette tête est susceptible; connaissance essentielle et des plus importantes à acquérir, connaissance sans laquelle un accoucheur ne peut pratiquer qu'en tremblant telle ou telle opération.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ᾿ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α΄.

Ἐς δὲ τὰ ἔσχατα νȣσήματα, αἱ ἔσχαται θεραπεῖαι ἐς ἀκριβέιην κράτισαι. (Τμῆμα πρωῖον, αφορ. ς΄.)

Β΄.

Ὁκόταν δὲ ἀκμάζῃ τό νȣ́σημα, τότε καὶ τῇ λεπτοτάτῃ διαίτῃ ἀναγκαῖον χρέεσθαι. (Τμῆμα πρωῖον, αφορ. ή.)

Γ΄.

Τὰ περιμάδηρα ἕλκεα κακοήθεα. (Τμῆμα ἕκῖον, ἀφορ. δ΄.)

Δ΄.

Ἢν ἐς τὴν κοιλίην αἷμα ἐκχυθῇ παρὰ φύσιν, ἀνάγκη ἐκπυηθῆναι. (Τμῆμα ἕκῖον, ἀφορ. κ΄.)